DISSERTATION

N° 111.

SUR

L'APOPLEXIE,

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 27 juin 1818, pour obtenir le grade de Docteur en médecine,

PAR FRANÇOIS-MARIE-THÉOPHILE BEAUGENDRE, de Quimperlay,

Département du Finistère;

Ex-Chirurgien de troisième classe de la marine; Membre de la Société d'instruction médicale.

Hinc subitæ mortes, atque instestata senectus.

JUV., lib. I, sat. I.



A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1818.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.	M. LEROUX, DOYEN. M. BOURDIER. M. BOYER. M. CHAUSSIER. M. CORVISART. M. DEYEUX, *Examinateur.* M. DUBOIS, *Examinateur.* M. HALLÉ, *Examinateur.* M. LALLEMENT, *Examinateur.* M. PELLETAN. M. PERCY. M. PINEL. M. RICHARD. M. THILLAYE. M. DES GENETTES. M. DUMÉRIL, *Président.* M. DE JUSSIEU. M. RICHERAND. M. VAUQUELIN. M. DESORMEAUX. M. DUPUYTREN. M. MOREAU, *Examinateur.* M. ROYER-COLLARD.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DISSERTATION

SUR

L'APOPLEXIE.

SECTION PREMIÈRE.

L'APOPLEXIE, si prompte dans sa marche, si funeste dans ses résultats, et choisissant souvent ses victimes parmi les individus qui semblent jouir de la santé la plus florissante, a dû nécessairement exciter l'attention des médecins de tous les temps. Aussi presque tous en ont fait l'objet de leurs recherches et de leurs méditations, et l'ont regardée comme une des maladies les plus fréquentes et les plus dangereuses qui attaquent le corps humain, puisque, si l'individu qui en est frappé ne meurt pas subitement ou en peu de jours, il reste le plus ordinairement privé d'une partie de ses facultés morales et physiques, et traîne misérablement une vie presque végétative, jusqu'à ce qu'une ou plusieurs autres attaques successives viennent mettre fin à sa pénible existence.

Les Grecs, frappés de la promptitude avec laquelle cette maladie se manifeste communément, l'avaient comparée au coup sous lequel tombaient les victimes destinées aux sacrifices, et nommaient ceux qui en étaient atteints αποπληκτȢς, par la ressemblance qu'ils trouvaient entre eux et les victimes assommées. Ils désignaient la maladie elle-même par le mot αποπληξία, du verbe αποπλητ7ω. *Vehe-*

mentissimâ vi percutio, obstupefacio, etc. *Hoffmann* et *Rieger* observent qu'*Hippocrate* comprenait indifféremment sous ce nom tantôt l'apoplexie, tantôt la paralysie qui survient subitement. Les Latins l'ont appelée *sideratio*, *affulguratio*, *morbus attonitus*, *obstupescentia*, etc. Toutes ces dénominations lui conviennent également bien, puisqu'elles présentent à l'esprit ou la rapidité avec laquelle la maladie se déclare, ou quelques-uns des phénomènes qui la caractérisent.

Les écrits d'*Hippocrate* prouvent que l'apoplexie était fréquente de son temps : et en effet l'examen des causes nombreuses qui peuvent produire cette maladie fait voir qu'elle a toujours dû être très-commune. *Et ante* Celsum, *et post* Celsum, dit Morgagni, *frequentem fuisse apoplexiam, cùm* Hippocrates *indicavit, tùm alii confirmaverunt morborum observatores : ille quidem ; nam si raro accedisset, non inter morbos numerasset qui in pluviarum multitudine et qui item hyeme magnâ ex parte fieri solent ; hi verò ; nam hæc ejus dogmata memorantes, non modò in dubium non vocaverint, sed et suis observationibus comprobaverunt*... (Morg. *de Sed. et Caus. morb.*, lib. 1, epist. 2.)

SECTION II.

L'apoplexie a été définie par *Boerhaave*, la perte subite et complète des sens internes et externes, et de tous les mouvemens volontaires ; tandis que la respiration et la circulation subsistent et sont souvent augmentées. Cette définition, adoptée par la plupart des auteurs qui ont écrit sur cette maladie, et qui lui convient très-bien à l'instant où elle survient, n'est souvent pas exacte quelques momens après. En effet, lorsqu'une personne se trouve frappée d'apoplexie, les sens internes et externes, ainsi que les mouvemens volontaires, sont subitement abolis ; mais bientôt il se fait une réaction des forces vitales ; et, à moins que l'attaque ne soit portée au plus haut degré, quelques-uns des sens, et souvent des mouvemens volontaires, se rétablissent plus ou moins complètement.

De même que la plupart des maladies nommées internes, l'apoplexie ne me semble pas susceptible d'une bonne définition ; car elle se présente sous des formes presque aussi variées qu'il y a de causes qui peuvent la produire ou d'individus qui en sont atteints ; et exigerait une définition particulière pour chacun de ces cas : cependant on a observé que, dans le grand nombre de symptômes que peut présenter cette maladie, quelques-uns existaient constamment et pouvaient ainsi servir à la définir. Ces symptômes sont, l'abolition subite et plus ou moins complète du sentiment et du mouvement, une respiration haute et bruyante, et la continuation de la circulation. Ils existent toujours, à moins que la mort n'arrive instantanément ; aussi *Hoffmann* dit-il que les médecins qui ont cru voir l'apoplexie sans que la respiration et la circulation continuassent d'avoir lieu, ont commis une grande erreur, et confondu ensemble des maladies très-différentes. Cette maladie a beaucoup d'analogie avec la plupart des affections cérébrales, surtout avec celles connues sous le nom de *comateuses;* mais elle en diffère sous bien des rapports, comme j'aurai occasion de le démontrer.

SECTION III.

Les premiers médecins qui ont décrit l'apoplexie, ne pouvant s'assurer des lésions qui survenaient au cerveau dans cette maladie, la divisaient, d'après la violence des symptômes qui se manifestaient, en *forte* et en *faible* : c'est ainsi qu'on la trouve désignée dans les écrits d'*Hippocrate*, de *Nymman*, de *Duret*, de *Sennert*, etc. *Wepfer*, et après lui *Morgagni*, trouvant, à l'ouverture des individus morts apoplectiques, tantôt un épanchement sanguin dans la substance du cerveau ou à la surface de cet organe, tantôt de la sérosité épanchée en plus ou moins grande quantité dans les ventricules, furent conduits à admettre une apoplexie sanguine produite par un épanchement de sang, et une séreuse, déterminée par la collection de la sérosité : mais ayant vu aussi quelquefois que

des malades succombaient sans qu'à l'ouverture du crâne on rencontrât aucun épanchement, ils furent forcés de reconnaître une troisième espèce qui n'est ni sanguine ni séreuse, mais produite par l'abolition de la sensibilité nerveuse, *apoplexia sine materiâ* de quelques auteurs. *Ante omnia, seu prœloquio, ponam apoplexiam produci vel propter sanguinis per arterias affluxum ad cerebrum denegatum, vel ob spiritûs animalis effluxum ex cerebro et cerebello per nervos et spinalem medullam prohibitum, vel ob utramque causam, in quibusdam casibus concurrentem.* (WEPFER, *Hist. Ap.* p. 160.) *Morgagni* attribuait, dans ce cas, l'apoplexie à la formation de concrétions osseuses dans les méninges, ou à du pus sécrété en plus ou moins grande quantité dans les ventricules, ou enfin à d'autres causes encore peu connues. *Sed prœter pus in cerebro genitum aut ad ipsum translatum, posse interdùm alias causas minùs adhuc animadversas apoplexiam facere.* (MORGAGNI, *epist.* 2.)

La plupart des auteurs qui traitèrent ensuite de cette maladie admîrent les deux premières espèces. Cependant *Hoffmann* paraît penser que l'apoplexie est toujours le résultat de l'accumulation du sang dans le cerveau, soit qu'il y ait épanchement ou seulement distension des vaisseaux sanguins.

D'autres, faisant autant d'espèces d'apoplexie qu'il y a de causes qui peuvent la déterminer, les ont multipliées à l'infini. Cette division, adoptée principalement par *Sauvages*, a l'inconvénient de réunir sous une même dénomination des maladies très-différentes, par les symptômes qu'elles présentent et le traitement qu'elles exigent. De nos jours, plusieurs médecins célèbres, se fondant sur la difficulté que l'on éprouve souvent à spécifier la nature de l'épanchement d'après les symptômes qui se manifestent, et considérant l'apoplexie comme l'effet immédiat de la compression du cerveau par le sang, soit que celui-ci se trouve épanché dans la substance même de l'organe, ou que la compression n'ait lieu que par la distension des vaisseaux sanguins et l'accumulation de la sérosité dans

les ventricules par suite de l'exhalation, sont revenus à la division établie par *Hippocrate.*

Prenant, pour base de la division de l'apoplexie les altérations principales qu'elle cause dans le cerveau, ou l'absence de ces altérations, je la diviserai en *sanguine* et en *nerveuse.* Ces deux espèces d'apoplexie pouvant s'accompagner de l'augmentation ou de la diminution des propriétés vitales, ou bien en être le résulat, sont nécessairement toniques ou actives, et atoniques ou passives, suivant l'une ou l'autre de ces circonstances. Cette division, adoptée par plusieurs médecins, me semble utile relativement au traitement de l'apoplexie, et quoique difficile à établir dans quelques circonstances, elle est le plus souvent bien fondée d'après les symptômes qui se manifestent dans chaque espèce d'apoplexie. En effet, l'apoplexie sanguine, quand elle est active, est caractérisée par la rougeur et la tuméfaction de la face et des yeux, une exubérance générale des forces, un pouls fort, le battement des artères catorides et temporales, enfin par tous les signes de la pléthore artérielle. Sa marche est aussi plus rapide. Quand elle est passive au contraire, elle est marquée par la pâleur de la face, la faiblesse du pouls, une constitution molle, lymphatique : sa marche est moins prompte, et elle attaque les vieillards.

L'apoplexie nerveuse est plus difficile à caractériser ; et quelques auteurs ont refusé de l'admettre, par la difficulté d'en fixer les symptômes et de la distinguer des deux autres espèces. Cependant l'ouverture des cadavres démontre d'une manière évidente qu'elle existe, et peut-être plus souvent qu'on ne le pense généralement ; c'est-à-dire que souvent la sensibilité du cerveau est abolie avant que la compression existe, et qu'elle ne survient que consécutivement, ou même n'a pas lieu. En effet, on ne peut pas rapporter à une compression exercée sur le cerveau les apoplexies à la suite desquelles on ne rencontre après la mort aucune trace d'épanchement sanguin ou séreux ; et même, pour que l'épanchement séreux puisse être admis comme cause immédiate de l'apoplexie, faut-il qu'il

soit subit et considérable, puisqu'on trouve des épanchemens de cette nature chez presque tous les sujets, quelle que soit la maladie à laquelle ils ont succombé, surtout s'ils ont eu une longue agonie. On les rencontre non-seulement dans les ventricules du cerveau, mais encore dans toutes les cavités tapissées par une membrane séreuse ; et ils me semblent dus au manque d'action des vaisseaux absorbans. En effet, dans les derniers momens de la vie, les fluides destinés à lubrifier ces cavités continuent à y aborder, et souvent même leur quantité est augmentée par l'accélération de la circulation; tandis que l'action des absorbans, chargés de les reprendre, diminuant à mesure que la sensibilité s'éteint, on conçoit qu'ils doivent s'accumuler dans les cavités. Si cet état dure long-temps, ils peuvent bien, par leur quantité gêner les fonctions de l'organe où la sécrétion se fait; mais ce ne sera alors qu'une lésion secondaire, et l'on ne devra pas plus attribuer la mort à quelques gros de sérosité que l'on trouvera dans les ventricules du cerveau, qu'on ne pourrait le faire dans quelques cas à une ou deux onces de sérosité contenue dans le péricarde. Quelle que soit donc la difficulté de distinguer l'apoplexie nerveuse, elle n'en existe pas moins, et les observations rapportées par tous les bons praticiens, surtout celles de MORGAGNI (*de Sed. et Caus. epist.* 4 *et* 5), ne laissent aucun doute sur sa réalité. Elle attaque ordinairement les personnes d'un tempérament nerveux, plutôt les femmes et les enfans que les hommes; elle est produite tout à coup par une affection vive et subite, ou s'annonce par une céphalalgie plus ou moins intense, mais sans aucun signe de congestion cérébrale. L'absence de ce signe ainsi que de la pléthore sanguine, la pâleur du visage, une respiration moins sonore et la petitesse du pouls, caractérisent surtout cette espèce d'apoplexie.

SECTION IV.

Indiquer tout ce qui peut prédisposer à l'apoplexie, ce serait faire en quelque sorte le tableau non-seulement des lésions de l'économie, mais encore des différens états de nos organes compatibles avec la vie et la santé, quoique propres à favoriser l'action des causes déterminantes de la maladie. Cependant il est quelques dispositions qui y ont une part plus directe, et qui sont relatives au sexe, à l'âge, au tempérament, au climat, aux professions, au régime, et à quelques dispositions organiques : ce sont celles-là que je vais indiquer sommairement, les bornes de cette dissertation ne me permettant pas de m'étendre beaucoup sur chacune d'elles.

Sexe. On a cru remarquer que l'apoplexie attaquait plutôt les hommes que les femmes. Je suis porté à penser, d'après de nombreuses observations, que cette différence disparaît lorsque, la menstruation cessant d'avoir lieu, la femme éprouve des changemens qui semblent rapprocher sa constitution de celle de l'homme, et la rendent sujette aux mêmes maladies.

Age. Apoplecti fiunt eâ ætate maximè, quæ est ab anno quadragesimo ad sexagesimum. On se rend facilement raison de cette sentence d'*Hippocrate*, confirmée chaque jour par l'observation, en considérant les changemens que le corps éprouve dans la vieillesse, tels que la diminution ou la suppression de la transpiration et des évacuations habituelles; la diminution d'action du cerveau qui, moins capable de réagir, se laisse alors gorger plus facilement par le sang, tandis que le retour de ce dernier au cœur est ralenti par la rigidité et même l'ossification des troncs veineux, ainsi que par les altérations organiques du cœur et des poumons, si fréquentes dans un âge avancé. Cependant il n'est pas rare de voir l'apoplexie survenir dans tous les temps de la vie. J'ai vu des enfans présen-

tant tous les signes de la pléthore artérielle en être frappés et succomber en peu d'heures. *Vic-d'Azir* observe que, parmi les enfans qui succombent aux affections vermineuses, plusieurs meurent apoplectiques. On a dans ce cas attribué l'apoplexie aux vers, parce que l'on ne trouve pas de traces d'épanchement ou de lésion au cerveau, mais seulement une plus ou moins grande quantité de vers dans les intestins, l'estomac, et quelquefois même jusque dans l'œsophage.

C'est principalement de quarante à cinquante cinq ans, et quelquefois plus tôt, que surviennent chez les individus pléthoriques ces apoplexies qui tuent en peu d'heures, et à la suite desquelles on trouve une si grande quantité de sang épanché dans le cerveau. On remarque dans ces cas que le corps présente après la mort, et souvent même dans les derniers instans de la vie, une couleur livide, qui s'étend depuis le haut de la poitrine jusqu'au sommet de la tête, tandis que le reste du corps est pâle et paraît dépourvu de sang.

Tempéramens. Le tempérament sanguin est le plus favorable à l'apoplexie, surtout s'il se trouve joint à quelques dispositions du corps qui donnent à l'individu chez lequel elles existent une physionomie particulière, désignée par quelques auteurs sous le nom de *constitution apoplectique,* et caractérisée par une tête volumineuse, un cou court et gros (*Morgagni*, *Hoffmann*, *Cullen*, *Tissot*, ont trouvé que le peu de longueur du cou tenait quelquefois à ce qu'il n'existait que six vertèbres cervicales.); la petitesse des pieds et des mains, un embonpoint marqué, un teint rouge et animé.

D'autres dispositions et altérations organiques prédisposent encore à cette maladie. Par exemple, le rachitisme, qui produit souvent un développement considérable de la tête, tandis que les cavités thoraciques restent étroites, et que les poumons comprimés n'admettent qu'une petite quantité de sang. On observe que dans ces

cas l'apoplexie survient de très-bonne heure, et que le cœur a un volume considérable proportionnément à la taille du sujet; l'augmentation du volume du cœur (anévrisme actif) ou l'ossification de ses valvules, la courbure de la colonne vertébrale, le développement d'une tumeur le long du trajet de l'aorte; enfin tous les vices de conformation ou les altérations organiques qui peuvent augmenter l'afflux du sang vers le cerveau ou retarder son retour au cœur, ou bien encore suspendre ou abolir l'action de l'encéphale, sont autant de causes qui prédisposent à l'apoplexie.

Wepfer (*Obs. de apop.* 38) remarque que cette maladie peut passer des pères aux enfans; et *Hoffmann* pense que le principe de l'apoplexie réside alors dans une mauvaise disposition originaire du cerveau. Plusieurs observations semblent confirmer cette opinion; entre autres, une observation citée par beaucoup d'auteurs, et qui se trouve consignée dans les Ephémérides de la nature. (*De cur.* 3, ann. 1, obs. 50). C'est celle d'une femme de trente-trois ans, qui fut atteinte d'une apoplexie foudroyante, et dans la famille de laquelle cette maladie était héréditaire.

Climat et température. Dans les climats froids et humides, l'apoplexie est plus fréquente, surtout chez les vieillards; mais c'est principalement dans les variations promptes et répétées de la température, comme cela a lieu au renouvellement des saisons, qu'elle se manifeste le plus souvent. *Baglivi* rapporte qu'elle fut en quelque sorte épidémique à Rome et dans une partie de l'Italie en 1694 et 1695; et il attribue cette épidémie aux variations fréquentes de la température pendant ces années.

On a observé que l'apoplexie survenait plutôt la nuit que le jour, et on croit que cette différence tient au changement de la température à ces deux époques; mais elle s'explique assez bien par la position plus ou moins horizontale que l'on garde pendant le repos, et par la gêne que l'estomac, gorgé d'alimens chez la plupart

des individus qui succombent à cette maladie, apporte à la circulation. En effet, c'est presque toujours après le repas du soir qu'elle survient, surtout chez les sujets pléthoriques.

Professions. Hoffmann a remarqué que les ouvriers qui travaillent le mercure, le plomb, l'étain, les étameurs de glaces, les orfèvres et doreurs, étaient souvent frappés d'apoplexie. *Ramazini* fait la même observation pour les ouvriers qui vivent dans les mines et les carrières. Quelques autres professions prédisposent encore à cette maladie : telles sont, par exemple, celles où l'on est exposé à une chaleur forte ; celles qui nécessitent de grands efforts musculaires et de la respiration. Les occupations qui demandent une forte contention d'esprit, en rendant le cerveau le siége d'une irritation habituelle, font que le sang s'y porte en plus grande quantité, et doivent, par cette raison, être mises au nombre des causes qui prédisposent à l'apoplexie.

Régime. L'usage habituel d'une nourriture succulente et de boissons excitantes augmentent la masse du sang et son afflux vers la tête, principalement chez les personnes qui mènent une vie inactive. C'est en partie à cette cause que l'on doit attribuer la plus grande fréquence de l'apoplexie dans les villes qu'à la campagne; mais si un régime trop nourrissant prédispose si souvent à cette maladie, une nourriture malsaine et insuffisante, en débilitant tout l'organisme, produit dans le cerveau un état de *collapsus* qui a le même résultat, surtout chez les vieillards. Les maladies longues, les évacuations excessives prédisposent aussi souvent à l'apoplexie.

SECTION V.

Toutes les causes prédisposantes que je viens d'énumérer peuvent, après un temps plus ou moins long, déterminer tout à coup l'apoplexie, et cela d'autant plus promptement, que

leur action sera augmentée par une autre cause accidentelle, telle qu'une chaleur forte; par exemple, celle d'un poêle, d'une étuve, d'un bain; l'action directe du soleil, le froid, la réplétion de l'estomac, le sommeil prolongé ou un exercice fatigant, les émotions fortes et subites, etc.

L'apoplexie peut être produite, sans aucune prédisposition, par l'action de la foudre, les vapeurs narcotiques, l'ivresse, toute espèce de constriction du ventre, de la poitrine, du cou, mais principalement de cette dernière partie. On l'a vue survenir chez les bateleurs qui restent long-temps la tête en bas. *Cullen* pense qu'elle peut être déterminée par une longue inspiration. *Morgagni* croit, d'après les observations de *Bruner* et les siennes propres, que l'apoplexie peut dépendre de la présence de gaz dans les vaisseaux du cerveau. M. *Nysten*, dans les recherches curieuses qu'il a publiées, pense que l'apoplexie peut-être atribuée à cette cause, et ne doute pas que ce ne soit elle qui ait déterminé la mort chez cet Ethiopien dont *Morgagni* rapporte l'histoire; cependant il croit que, pour qu'un gaz produise cet effet, il faut qu'il soit assez abondant pour embarrasser la circulation cérébrale et comprimer une partie essentielle du cerveau, et qu'on ne doit pas lui attribuer la mort, même quand on le trouve en quantité assez notable, s'il existe en même temps d'autres lésions suffisantes pour la déterminer.

La fièvre intermittente nerveuse et plusieurs maladies convulsives doivent être mises au nombre des causes déterminantes de l'apoplexie, de même que la métastasse de la goutte, du rhumatisme et la répercussion d'une maladie exanthématique, ou la suppression de quelque évacuation habituelle. L'expérience démontre combien il est quelquefois dangereux de guérir certaines maladies éruptives, ou de supprimer brusquement une évacuation ancienne; car, si un organe important à la vie se trouve alors dans un état d'excitation ou de faiblesse relative, l'action morbide se porte sur cet organe, et y détermine une lésion, soit de ses propriétés vitales, soit de son tissu : l'apoplexie peut être produite très-promptement

par une cause semblable, et faire périr en peu d'heures, comme on le voit dans l'observation suivante recueillie par Wepfer. *Pastor quidam ecclesiæ, qui cùm scabiem siccam curare vellet corpore non præparato, subnoctem quartâ circiter ab inunctione horâ apoplexiâ corripiebatur, et intra horam moriebatur.* (Wepfer, *Observ. de apop.* 8.)

SECTION VI.

Toutes les fois que l'apoplexie n'est pas due à l'action d'une cause extérieure, elle s'annonce par quelques signes qui, comme le dit *Hoffmann*, semblent prévenir les hommes du péril dont il sont menacés. Quelquefois ces signes sont très-faibles ou durent peu de temps, et échappent ainsi à l'observation ; mais ils n'en sont pas moins constans, et toujours on les retrouve lorsqu'on peut avoir des renseignemens exacts sur l'état antérieur d'une personne frappée d'apoplexie. Cette remarque confirme la sentence d'Hippocrate, *neque morbi hominibus derepentè contingunt ; sed paulatim collecti acervatim se produnt ;* elle est d'une grande importance dans l'apoplexie, que l'on doit surtout chercher à prévenir, puisqu'une fois déclarée, elle ne laisse que peu ou point d'espoir de guérison.

Les signes précurseurs de l'apoplexie varient selon les individus et la cause de la maladie. Chez les jeunes gens et chez ceux qui ont une constitution apoplectique, on observe ordinairement une céphalalgie gravative, qui semble partir de l'occiput, des vertiges qui peuvent survenir à tous les instans de la journée, et même la nuit; des bourdonnemens et des tintemens d'oreilles; quelquefois même l'ouïe devient obtuse : il y a une grande propension au sommeil, mais il est pénible, accompagné de rêves fatiguans, et ne répare pas les forces. La face est par instans d'un rouge plus ou moins foncé et vultueuse, surtout après le repas ; quelquefois il survient une hémorrhagie nasale, qui ordinairement soulage le malade ; les yeux sont saillans, rouges, larmoyans ; le malade croit

voir des bluettes dans l'obscurité; il éprouve par instans un refroidissement plus ou moins marqué. *Hoffmann* a observé que l'apoplexie était prochaine quand cette sensation de froid se répandait dans tout le corps. La respiration devient souvent difficile au moindre mouvement, et s'accompagne de gêne à la région du cœur et de dilatation des ailes du nez.

Chez les vieillards et les sujets maigres et affaiblis, l'apoplexie s'annonce par une diminution des fonctions des sens, particulièrement de la mémoire et du jugement, et par une gêne plus ou moins grande dans les mouvemens soumis à la volonté; l'esprit devient irascible, la parole lente et embarrassée, soit parce que le malade ne trouve pas ce qu'il veut exprimer, soit parce que la langue se meut difficilement; souvent la bouche se contourne un peu; la lèvre inférieure tombe légèrement, et le nez se bride en parlant; les yeux sont souvent saillans, quelquefois divergens; le regard est fixe, et le malade verse des larmes pour la moindre cause. Quelquefois les articulations des membres se tuméfient, et ceux-ci deviennent tremblans; d'autres fois le malade traîne un peu une des jambes en marchant. Cet état de faiblesse, joint à l'aspect de la face, simule l'imbécillité : il survient des crampes fréquentes dans les jambes, et les malades y ressentent une sensation qu'ils comparent à celle que leur feraient éprouver des fourmis qui parcourraient ces parties. Chez les vieillards les urines sont souvent d'un rouge brun, coulent en petite quantité, s'échappent quelquefois involontairement, et laissent déposer un sédiment blanchâtre : les déjections deviennent difficiles, et les indigestions fréquentes.

Quoique l'apoplexie soit presque toujours précédée de quelques-uns des symptômes que je viens d'indiquer, elle n'en est cependant pas une conséquence nécessaire; car, comme l'observe M. le professeur *Pinel*, beaucoup de personnes les éprouvent sans avoir d'attaques d'apoplexie, et l'on sait que plusieurs d'entre elles peuvent annoncer d'autres maladies que celle-ci.

Ces symptômes durent plus ou moins long-temps, deviennent quelquefois plus intenses, et alors sont regardés par quelques auteurs comme le premier degré de l'apoplexie. Enfin le malade, soumis à l'influence de quelqu'une des causes occasionnelles que j'ai indiquées, tombe dans un état de somnolence plus ou moins profonde : c'est alors que commence l'apoplexie. La parole se perd, et souvent même la voix; ou bien l'on n'entend que des sons confus et inarticulés; la sensibilité et la motilité sont plus ou moins complètement abolies : la perte du mouvement est ordinairement plus marquée d'un côté que de l'autre ; on s'en aperçoit à l'allongement du visage de ce côté. Quelquefois il y a paralysie d'un côté et convulsion de l'autre ; mais quand il y a suspension totale des sens, la paralysie est aussi complète ; les membres sont alors pendans le long du corps, et si on les soulève ils retombent par leur propre poids ; le visage est d'un rouge vermeil ou même violacé, d'autres fois au contraire il est pâle, et les traits sont affaissés. (On observe dans le premier cas que les artères carotides et temporales battent fortement, tandis que l'on sent difficilement les pulsations aux membres inférieurs.) Les yeux sont entr'ouverts, fixes, le plus ordinairement tournés en haut, et ont un aspect terne dû à la mucosité épaisse qui les recouvre : on dit alors qu'ils sont *vitrés*. Les pupilles sont dilatées, quelquefois contractées; mais toujours l'une d'elles, et souvent toutes les deux, sont immobiles. Les mâchoires sont ordinairement serrées l'une contre l'autre, et les lèvres, rapprochées, se soulèvent dans l'expiration. Si l'on fait boire le malade, le liquide tombe dans l'estomac, ou bien est rejeté par les fosses nasales. La respiration est grande, haute, et fait entendre un bruit particulier, que l'on a nommé *sterteur*. (M. le docteur *Laennec* s'est assuré, et m'a fait reconnaître plusieurs fois, à l'aide du *stéthoscope* que ce bruit se passait en entier dans le larynx, et que le passage de l'air dans les bronches et les poumons ne faisait entendre que le bruit naturel, à moins que l'apoplexe ne fût accompagnée de péripneumonie ou d'une affection catarrhale des

bronches.) Le pouls est lent, fort, développé, quelquefois faible, serré, souvent intermittent.

Si cet état continue, bientôt la face s'allonge par le desserrement des mâchoires; la langue, qui était couverte d'un enduit jaunâtre, se dessèche, devient noire, et si elle peut être portée hors de la bouche, sa pointe se tourne nécessairement du côté où la commissure des lèvres est abaissée. (Cependant le contraire peut avoir lieu; et j'en ai vu un exemple à l'hôpital de madame *Necker*, dans l'hiver de 1816 à 1817. A l'ouverture du cadavre on ne trouva rien qui pût rendre raison de ce fait.) La salive devient écumeuse, les matières fécales et les urines s'échappent involontairement, les liquides que l'on veut faire boire au malade tombent avec bruit dans l'estomac, ou bien, s'introduisant dans la trachée-artère, ils en sont chassés d'une manière bruyante, et menacent de suffoquer le malade. La stupeur et la somnolence deviennent plus marquées, la respiration plus difficile et plus bruyante, le pouls petit, fréquent et irrégulier: les membres se refroidissent, et le corps se couvre d'une sueur froide, plus abondante à la poitrine et au visage que dans les autres parties; enfin la mort arrive quelquefois au milieu des convulsions.

Les symptômes que je viens d'énumérer varient d'intensité, suivant le degré de l'apoplexie; et la terminaison de cette maladie est d'autant plus rapide et plus funeste, qu'ils sont plus intenses et se rencontrent en plus grand nombre chez le même sujet. La mort survient quelquefois en peu d'instans (*apoplexie foudroyante* de quelques auteurs); mais le plus ordinairement elle n'a lieu qu'au bout de plusieurs heures, un, trois, quatre ou sept jours: si la maladie dure plus long-tems, les caractères de l'apoplexie disparaissent, et il ne reste alors qu'une paralysie plus ou moins étendue.

L'apoplexie se termine par le retour à la santé, par une autre maladie, ou par la mort. Il est très-rare que le retour à la santé soit parfait, excepté quand la maladie est légère, et qu'elle se manifeste chez un jeune sujet: on l'a vue alors être due aux seuls efforts de la nature. La guérison est souvent produite, dans ce cas, par une

évacuation critique, telle que des sueurs, une hémorrhagie nasale, utérine, ou hémorrhoïdale, des urines sédimenteuses, des dejections alvines, plus rarement une salivation abondante.

La terminaison de l'apoplexie par une autre maladie est beaucoup plus fréquente que la guérison complète. Cette maladie est ordinairement une paralysie plus ou moins étendue, ou une altération plus ou moins profonde des fonctions intellectuelles. Le plus souvent ces deux lésions existent en même temps. Elles sont extrêmement variées, et les recueils d'observations contiennent un grand nombre de faits très-curieux en ce genre, principalement celui de *Wepfer*, d'où j'ai extrait l'observation suivante, rapportée par *Winclerc. Senator quidam bergensis apoplexiâ subitâ corruit. Rediens ad se omnes quidem sensus recuperavit; judicium erat acutum, memoria integra, paralysis in brachio non usque adeò insignis, et musculi deglutitioni inservientes resoluti adeò, ut nihil ferè deglutire posset, imò ne guttam quidem bibere sine metu suffocationis præsentissimæ; in quo statu permansit, donec labescentibus de die in diem viribus extinguer etur.* Tantôt la paralysie se borne à la face, à la langue, au larynx, au bras, etc. D'autres fois elle affecte la moitié du corps. Les lésions des sens les plus fréquentes sont celles de la vue, de l'ouïe, de la mémoire et du jugement, surtout de ces deux dernières. Les malades restent hébétés, tremblans, et versent des larmes pour la cause la plus légère. Cet état continue jusqu'à ce qu'une ou plusieurs attaques plus ou moins rapprochées mettent fin à leur pénible existence.

La mort est nécessairement la terminaison la plus ordinaire de l'apoplexie, puisque, parmi les individus qui en sont frappés, un grand nombre succombent à la première attaque, et que les autres restent exposés à des récidives qui surviennent presque constamment après un temps plus ou moins long.

SECTION VII.

Lorsqu'on examine le corps des personnes qui ont succombé à l'apoplexie, on rencontre des altérations qui ne laissent plus de doute sur la nature de la maladie, si pendant la vie les symptômes n'ont pas été assez manifestes pour la reconnaître. Je vais examiner successivement les altérations qui appartiennent à chaque espèce d'apoplexie.

1.° *Apoplexie sanguine active.* A l'incision des tégumens du crâne, il s'écoule une quantité de sang plus ou moins grande, mais toujours très-considérable chez les sujets pléthoriques. Cette quantité varie aussi suivant le temps qui s'est écoulé depuis la mort, et la position dans laquelle a resté le cadavre que l'on examine. La dure-mère est couverte extérieurement d'un grand nombre de gouttelettes de sang, qui proviennent de la rupture des vaisseaux qui vont de cette membrane aux os du crâne. Les vaisseaux de la dure-mère et de la pie-mère sont gorgés de sang, principalement sur les parties latérales ; et souvent même on trouve celui-ci épanché entre cette dernière membrane et l'arachnoïde. Les circonvolutions cérébrales présentent un aplatissement qui se remarque presque toujours à la partie moyenne et supérieure du cerveau. A l'endroit de cet aplatissement les surfaces correspondantes de l'arachnoïde et de la dure-mère sont peu ou point humectées de sérosités, et ont un aspect onctueux.

En incisant la substance du cerveau, on la trouve plus ferme que dans l'état naturel, moins humide et parsemée d'un grand nombre de gouttelettes de sang, qui proviennent de la division des vaisseaux répandus dans sa substance. On rencontre dans l'intérieur des lobes un ou plusieurs épanchemens sanguins, qui peuvent exister dans tous les points de la substance cérébrale, mais qui se voient plus souvent dans le lobe moyen, plus souvent aussi

du côté droit que du côté gauche ; presque jamais dans les deux hémisphères à la fois. Ces épanchemens forment quelquefois un caillot de la grosseur d'un œuf de poule, et même davantage. La substance cérébrale qui les entoure est ramollie, et mêlée de sang qui lui donne un aspect rouge ou violacé ; mais cet état diminue progressivement, et disparaît entièrement à deux ou trois lignes d'épaisseur. Très-fréquemment au voisinage des grands épanchemens on en rencontre d'autres plus petits qui communiquent avec les premiers, ou bien sont isolés dans la substance du cerveau. J'ai aussi rencontré très-souvent, principalement dans la protubérance annulaire, de petites cavités capables de loger un grain de chenevis ou un pois, et remplies de sérosité limpide. Quand l'épanchement est considérable, et situé au voisinage des ventricules latéraux, il communique dans ces derniers, que l'on trouve alors distendus par une quantité de sérosité plus ou moins sanguinolente, et mêlée de caillots de sang. Quelquefois l'un des ventricules seulement contient du sang, et l'autre est vide, ou ne renferme qu'une petite quantité de sérosité limpide ; mais, pour peu que l'épanchement soit considérable, comme il se fait rapidement, le *septum lucidum* se rompt, et les deux ventricules se remplissent. J'ai observé que les caillots de sang se trouvent constamment dans le ventricule, du côté de l'épanchement, qui en est quelquefois rempli, tandis que l'autre ne contient qu'une sérosité sanguinolente.

Si le malade a eu une ou plusieurs attaques d'apoplexie, avant celle à laquelle il a succombé, et si elles ont été produites par un épanchement sanguin, on en retrouve les traces dans la substance cérébrale, qui présente, à l'endroit où s'était fait l'épanchement, une excavation plus ou moins régulière, contenant une matière de consistance de bouillie assez claire et de couleur jaune d'ocre. Les parois de cette cavité sont plus fermes que le reste du cerveau, et leur couleur est la même que celle de la matière contenue dans la cavité. Quand l'épanchement est plus récent, les parois de

la cavité sont plus molles, et leur couleur, ainsi que celle de la matière épanchée, est moins jaune. Si l'épanchement s'est fait à l'extérieur du cerveau, entre l'arachnoïde et la pie-mère, on trouve ces membranes opaques épaissies, et ayant entre elles une substance analogue à celle qui recouvre la plèvre dans la pleurésie ancienne.

2.° *Apoplexie sanguine passive.* Dans cette espèce, la section des tégumens du crâne ne donne que peu ou point de sang; les surfaces correspondantes de la dure-mère et de l'arachnoïde sont plus humides; il y a une infiltration séreuse entre cette dernière et la pie-mère. Les veines du cerveau sont très-gorgées de sang; sa substance est plus molle, plus humide que dans la première espèce; et lorsqu'on l'incise, il en sort une moins grande quantité de gouttelettes de sang. S'il y a épanchement sanguin, il présente les mêmes dispositions que dans l'autre cas; mais le plus souvent on ne trouve qu'une quantité plus ou moins considérable de sérosité épanchée dans les ventricules et à la base du crâne.

Apoplexie nerveuse. On ne trouve dans ce cas aucun épanchement, ni même aucune altération au cerveau, surtout quand la mort a été prompte : quelquefois la substance cérébrale est sensiblement ramollie, décolorée; et l'on rencontre une petite quantité de sérosité, soit à l'extérieur, soit dans les ventricules du cerveau. *Morgagni* a trouvé cette sérosité jaunâtre; et comme elle était en trop petite quantité pour avoir pu déterminer l'apoplexie par compression, il s'est assuré qu'elle était salée; et il pense que sa saveur piquante a suffi pour déterminer l'apoplexie. (Morg., *de Sed. et Caus.*, epist. 4, §. 4.)

Outre les lésions du cerveau que je viens d'indiquer comme appartenant à chaque espèce d'apoplexie, on en trouve un grand nombre d'autres qui coïncident avec elles indifféremment, et auxquelles on les a attribuées. Les plus communes sont, l'ossification

des vaisseaux de la base du cerveau, des kystes ou des hydatides dans les plexus choroïdes; le développement de concrétions cartilagineuses ou osseuses dans les méninges, d'exostoses à l'intérieur du crâne, de masses tuberculeuses ou cérébriformes dans diverses parties du cerveau, de concrétions pierreuses dans la glande pinéale, etc.

Les bornes de cette dissertation ne me permettent pas de décrire les altérations que l'on rencontre dans les autres parties du corps des individus morts d'apoplexie; je remarquerai seulement que chez ceux qui succombent à cette maladie la chaleur naturelle se conserve pendant long-temps, surtout si la mort à été prompte, que la roideur cadavérique survient plus tard, est très-marquée et dure long-temps. On observe aussi que la putréfaction se manifeste en général de très-bonne heure chez ces individus, et cela d'autant plutôt que les saignées ont été plus copieuses durant la maladie.

SECTION VIII.

L'apoplexie est facile à reconnaître aux symptômes que j'ai énumérés plus haut; et quoiqu'elle ait beaucoup de ressemblance avec la plupart des maladies dans lesquelles l'action du cerveau est suspendue tout à coup, on ne peut cependant pas la confondre avec ces dernières, puisque dans aucune d'elles on ne trouve réunis les symptômes qui la caractérisent, ou bien il en existe d'autres qui ne lui appartiennent pas. Ainsi, le carus et les autres affections comateuses que beaucoup d'auteurs ont regardés comme des degrés de l'apoplexie, en diffèrent par l'état de la respiration, qui est alors tranquille comme dans un sommeil profond, et par la possibilité de faire sortir momentanément le malade de son assoupissement, en l'excitant plus ou moins fortement. Mais comme elles se terminent souvent par l'apoplexie, il est difficile de distinguer l'instant où l'une de ces maladies finit et où l'autre recommence: on doit croire cependant qu'il y a apoplexie, quand la res-

piration, qui était tranquille et libre, devient stertoreuse et difficile. Il en sera de même dans le cas de sommeil prolongé à la suite de l'ivresse.

L'asphyxie et la syncope se distinguent de l'apoplexie ; la première, par la cessation de la respiration et de la circulation ; la seconde, par la diminution de ces deux fonctions et la pâleur de la peau. L'état de la face et les convulsions dans l'épilepsie et l'hystérie, la propriété qu'ont les membres et le corps de conserver la position qu'on leur donne dans la catalepsie, font aisément distinguer ces maladies de l'apoplexie ; cependant il peut arriver que l'hystérie simule tellement bien l'apoplexie, qu'il soit impossible de la reconnaître.

SECTION IX.

Le prognostic de l'apoplexie est toujours fâcheux, puisque cette maladie, même légère, ne guérit le plus souvent qu'imparfaitement, et laisse toujours craindre une rechute plus ou moins prochaine. Cependant le danger varie suivant les causes et la nature de la maladie, l'âge du sujet, la violence des symptômes et l'effet des remèdes administrés.

L'apoplexie qui tient à une prédisposition organique, et qui survient chez les vieillards, ne laisse que l'espoir d'une guérison momentanée et imparfaite, si les symptômes sont peu intenses. Quand l'attaque est forte, la mort est certaine. Celle qui survient chez un sujet peu avancé en âge, et qui dépend d'une cause extérieure ou d'une irritation métastatique, cède souvent aux moyens convenablement administrés. Aussi, comme l'observe *Lieutaud*, l'aphorisme d'HIPPOCRATE, *valida quidem apoplexia nullo modo sanatur*. . ., n'est pas, dans tous les cas, conforme à l'observation, et est subordonné aux différentes circonstances de la maladie. M. le professeur *Pinel* montre par deux observations (Nos. philos.), combien on doit espérer des efforts de la nature et d'une bonne médication chez un sujet jeune et robuste ; et combien, au con-

traire, il reste peu de chances de guérison chez une personne affaiblie par l'âge et les travaux d'esprit, surtout si elle a déjà éprouvé d'autres attaques.

Lorsque la tête tombe abandonnée à son propre poids, que la face devient livide et plombée, que la salive est écumeuse, que le corps se couvre d'une sueur froide et peu abondante, et que les membres se refroidissent, on doit penser que la mort arrivera bientôt. A ces signes fâcheux il faut ajouter l'augmentation de la gêne de la respiration (*stertor est, cæteris paribus, mensura periculi.* SAUVAGES), la paralysie des sphincters de l'anus et de la vessie, la fréquence et l'intermittence du pouls, jointes à sa petitesse; enfin l'intensité progressive de tous les symptômes, et leur continuation malgré l'emploi des moyens convenables : *post sanguinis missionem, si non redit et motus et mens, nihil superest.* (CELS. *de Re med.* lib. 27, cap. 3.) L'apoplexie qui dure d'une manière intense pendant plus d'un jour est ordinairement mortelle. Si les yeux sont inégalement ouverts et tournés en haut de manière à ne laisser voir qu'une partie de la sclérotique, et qu'en même temps ils soient ternes, la mort est prochaine, et rarement inévitable. Selon *Rivière*, l'abolition de la déglutition doit aussi être regardée comme un signe mortel. La perte de la voix et de la parole annonce un danger plus grand que celle de la parole seulement.

On augure bien, au contraire, de la terminaison de l'apoplexie quand, spontanément ou après l'emploi de moyens appropriés, les symptômes diminuent d'intensité, et que la face, le pouls et la respiration reprennent leur état naturel : si quelques parties recouvrent le mouvement, et s'il survient des frissons fugaces, suivis d'une chaleur égale et modérée et de sueurs générales pas trop abondantes. Le rétablissement des évacuations supprimées, une évacuation abondante d'urines déposant un sédiment blanchâtre, une salivation copieuse, l'apparition d'une éruption, telle que la rougeole, la variole, le retour de la goutte aux extrémités, sont autant de signes favorables à la terminaison heureuse

de l'apoplexie. Les convulsions partielles et légères qui surviennent en même temps que les symptômes deviennent moins intenses, sont ordinairement avantageuses : dans le cas contraire, elles annoncent la mort. La fièvre qui se déclare pendant l'apoplexie annonce quelquefois une terminaison heureuse, lorsqu'elle survient dans les premiers temps de la maladie, et que celle-ci est due à une forte impression nerveuse, ou à une compression du cerveau indépendante d'une altération organique ancienne; ou bien encore lorsque l'apoplexie est l'effet de la goutte, du rhumatisme, etc. Quand, au contraire, la fièvre survient après plusieurs jours, la mort est prochaine.

SECTION X.

L'apoplexie, par la rapidité de sa marche et le danger qui l'accompagne, demande que l'on s'attache principalement à la prévenir, puisqu'une fois déclarée, on n'a souvent pas le temps d'y porter remèdes, ou que ceux-ci demeurent sans effet.

Quand l'apoplexie menace, comme il arrive le plus ordinairement, un individu pléthorique, il est souvent possible de la prévenir, ou au moins d'en retarder l'invasion en diminuant la masse du sang et son abord au cerveau. On remplit ces indications par les saignées répétées plus ou moins souvent, un exutoire à la nuque, au bras ou à la cuisse, et par l'usage momentané de boissons laxatives et de purgatifs doux. On joint à l'emploi de ces moyens une diète légère, plutôt végétale qu'animale, l'abstinence des boissons excitantes et du repas du soir. On tire aussi un grand avantage d'un exercice modéré, et qui excite légèrement la transpiration, sans accélérer très-fortement la circulation.

Dans les cas de congestion sanguine imminente au cerveau, il faut avoir recours à l'application de sangsues aux tempes, au cou, ou à l'anus. Les bains de pieds chauds et irritans sont aussi très-avantageux dans cette circonstance. Si la pléthore sanguine est

manifeste, on doit pratiquer la saignée générale; celle du pied est alors préférable. Tels sont en général les moyens propres à prévenir l'apoplexie dépendante de la pléthore sanguine ou de congestion cérébrale : on les modifie suivant l'âge, la force et le tempérament de l'individu. Dans les autres circonstances, le traitement préservatif ne peut être que peu utile, soit parce que la cause de la maladie est hors des moyens de l'art, ou que celle-ci survient subitement et sans que rien puisse la faire présager.

Lorsque l'apoplexie est déclarée, trois indications se présentent à remplir : 1.° diminuer la pléthore sanguine, 2.° détourner l'afflux du sang et l'irritation du cerveau, ou rétablir sa sensibilité; 3.° débarrasser les voies digestives ou exciter leur action, si elle est suspendue. Ces indications sont faciles à saisir d'après les symptômes qui se manifestent, et se rencontrent souvent en même temps, surtout chez les vieillards pléthoriques. On les remplit par les saignées générales et locales, les vésicatoires et les irritans sur différens points de la surface du corps, les lavemens irritans, les purgatifs, les vomitifs. Ces moyens doivent être modifiés suivant les circonstances, et ne peuvent pas être employés indifféremment. La saignée est toujours nécessaire lorsqu'il y a pléthore et congestion cérébrale; mais elle ne doit pas être portée trop loin, de crainte de nuire à la résolution de l'épanchement. La petitesse du pouls n'est pas toujours une contre-indication de la saignée, et souvent on le voit se relever peu de temps après l'évacuation du sang, et même pendant que celui-ci coule. On doit donc se régler, pour tirer du sang, sur l'état général de l'individu, *sanguinis detractio vel occidit vel liberat*, dit *Celse*. *Bordeu* cite des cas où la saignée a causé la mort : on s'en abstiendra dans l'apoplexie produite par une impression nerveuse forte, ou par une métastase; on la remplace alors avantageusement par les irritans appliqués à la surface du corps, et les sédatifs, tels que le camphre à l'intérieur. Si l'apoplexie survient lorsque l'estomac est gorgé d'alimens, on doit aussitôt provoquer le vomissement, à moins que la conges-

tion cérébrale ne soit trop forte. *Cullen* dit qu'il n'a jamais eu recours aux vomissemens, dans la crainte de provoquer encore un plus grand afflux de sang vers la tête. Mais l'expérience prouve qu'ils ne produisent pas cet effet ; ce qui tient sans doute à ce qu'ils ont lieu sans beaucoup d'efforts et comme par régurgitation.

Lorsque le malade échappe au danger qu'il a couru, on prévient les rechutes par l'usage habituel d'un vésicatoire au bras ou à la nuque, et tous les autres moyens que j'ai indiqués comme préservatifs de la maladie.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*Traductore* Rieger).

I.

Mente constare, et benè se habere ad ea quæ offeruntur, quovis in morbo, bonum; contra verò, malum. *Sect.* 2, *aph.* 33.

II.

Qui crebrò, et vehementer citra manifestam causam animo linquuntur, repentè moriuntur. *Ibid.*, *aph.* 41.

III.

Ex ictu capite accepto stupor, aut desipientia, malum. *Sect.* 7, *aph.* 14.

IV.

Si ebrium quempiam vox deficiat derepentè, convulsivus moritur, nisi eum febris prehendat, aut quâ horâ crapulæ solvi solent ad vocem redeat. *Sect.* 5, *aph.* 5.

V.

Autumnus tabidis malus. *Sect.* 3, *aph.* 10.

VI.

Si febre non intermittente rigor frequenter incidat, ægro jam debili, lethale est. *Sect.* 4, *aph.* 46.